

# WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

ISSN 2193-4479  
D 24953  
12. Jahrgang

10/2023



- Neustart Gesundheit
- Innovating Healthcare
- Selbstwirksamkeit in Systemen
- Borderline
- Depressionen

**Herausgegeben von Rolf Stupardt**

**Der Herausgeberbeirat:** Bettina am Orde | Dr. Gerald Gaß | Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers | Roland Engehausen | Ulf Fink | Birgit Fischer | Dr. Rainer Hess | Dr. Marc-Pierre Möll | Claus Moldenhauer | Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery | Dr. Robert Paquet | Dr. Uwe K. Preusker | Prof. Dr. Herbert Rebscher | Dr. Florian Reuther | Prof. Dr. Eberhard Wille



# Neustart für ein nachhaltiges Gesundheitswesen

Von Prof. Dr. med. Claudia Schmidtke, Dr. h. c. Helmut Hildebrandt und Jürgen Graalmann<sup>1</sup>

Die Überlegungen und Vorschläge für Lösungswege der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens kommen angesichts seiner mannigfachen Reformbaustellen auch zunehmend aus den Federn derjenigen, die in unterschiedlichen Bereichen und Wirkungszusammenhängen praktische Verantwortung tragen. So wurde kürzlich im Tagesspiegel ein beachtliches Plädoyer unserer Autorin und Autoren vorgelegt, welches wir hier in einer erweiterten Fassung publizieren. Als Herausgeber und Redaktion begrüßen wir es, dass Menschen unterschiedlicher politischer Provenienz mit unterschiedlichen Erfahrungen gemeinsame Richtungsüberlegungen zur Diskussion stellen.

Unser Gesundheitswesen ist weder finanziell, ökologisch noch sozial nachhaltig. Vergleichen wir das Verhältnis von Lebenserwartung zu Ausgaben in Industrieländern, hat Deutschland zusammen mit den USA die schlechtesten Ergebnisse<sup>2</sup>. Jedes Jahr fließt mehr Geld in ein System, in dem so viele Kliniken vor dem Aus stehen, dass selbst der sozialdemokratische Gesundheitsminister von einem „kalten Strukturwandel“ spricht. Übersetzt heißt das: kein gerechter Zugang zu medizinisch notwendiger Versorgung. Und dieser Strukturwandel wird sich fortsetzen. Die sprunghafte Alterung durch die Babyboomer erhöht den Behandlungsbedarf, schwächt die Einnahmehasis und verknappt das ohnehin nicht ausreichende medizinische Personal. Neben Krankenhäusern sind dann auch Pflegedienste, Reha-Einrichtungen, Arztpraxen und Apotheken nicht mehr flächendeckend verfügbar. Es kommt zu einer Schere zwischen stark steigender Krankheits- und Pflegebelastung bei fehlendem Fachkräftepotenzial. Die Folge sind massive Versorgungslücken.

## Vom „Krankheitswesen“ zum „Gesundheitswesen“

Um massive Versorgungsengpässe zu verhindern, müssen wir schnell handeln und das heutige Krankheitswe-

sen zu einem Gesundheitswesen umstrukturieren. Denn wenn wir die Krankheitslast verringern, dann sinkt nicht nur der Personal- und Finanzierungsbedarf, sondern auch der Ressourcenverbrauch. Der medizinische Fortschritt unterstützt uns dabei. Die Entschlüsselung des menschlichen Genoms vor 20 Jahren hat die Forschung beschleunigt. Heute können wir nicht nur hochwirksame Krebsmedikamente entwickeln oder in kürzester Zeit Impfstoffe

<sup>1</sup> Prof. Dr. med. Claudia Schmidtke, MBA ist Sprecherin des Universitären Herzzentrums Lübeck (UHZL). Sie war von 2017 bis 2021 Mitglied des Deutschen Bundestages und von 2019 bis 2021 Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Sie ist Mitglied der CDU und leitet die AG Gesundheit und Pflege der Fachkommission Soziale Sicherung der Programm- und Grundsatzkommission der CDU Deutschland.

Dr. rer. medic. h.c. Helmut Hildebrandt ist Gründer und Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG, einem Unternehmen für Management, Analytik und Forschung im Gesundheitswesen. Er war Abgeordneter der Hamburgischen Bürgerschaft für die Fraktion der GRÜNEN in der 14. Wahlperiode, Co-Leiter der Gesundheitskommission der Heinrich-Böll-Stiftung und ist Publizist, Apotheker und Gesundheitswissenschaftler

Jürgen Graalmann ist Gründer und Geschäftsführer der Die Brückenköpfe GmbH. Er war bis 2015 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes und ist Geschäftsführer des Deutschen Pflegetags sowie Vorsitzender des Kuratoriums Weiße Liste der Bertelsmann-Stiftung.

<sup>2</sup> Jasilionis D, Raalte AA van, Klüsener S, et al. The underwhelming German life expectancy. Eur J Epidemiol 2023;1-12. The underwhelming German life expectancy SpringerLink

in großer Zahl produzieren. Wir haben auch das Wissen, Krankheiten zu erkennen, lange bevor sie entstehen. Leider nutzen wir dieses Wissen aber nicht für die Versorgung. Statt Volkskrankheiten zu vermeiden, steigen die Zahlen jedes Jahr weiter an. Immer häufiger und immer früher kommt es zu chronischen Erkrankungen – Stichwort Diabetes II bei Kindern. Dabei kennen wir die entscheidenden Ursachen für die hohen Krankheitszahlen. Sie lassen sich auf wenige Faktoren herunterbrechen: ultrahoch verarbeitete und überzuckerte Nahrungsmittel, zu geringe Anreize für Bewegung, krankmachende Arbeitsbedingungen, Feinstäube und andere Schadstoffe in Tabak, Luft und Alltagsutensilien sowie soziale Stressoren und Einsamkeit.

War die Schulmedizin zu Beginn vor allem auf eine Senkung der Mortalität ausgerichtet wie bei der erfolgreichen Verringerung von Todesfällen nach Herzinfarkt, ermöglichte der medizinische Fortschritt eine Chronifizierung von Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder auch Krebs. Beides erhöhte den Behandlungsbedarf und das System richtete sich darauf aus. Ob Disease Management-Programme oder quartalsweise Pauschalen für Folgerezepte – bezahlt wird das Begleiten und Verlängern von Krankheiten. Während sich viele jüngere Vertreter der Berufsgruppen im Gesundheitswesen aufgrund ihrer Frustration über die Erstarrung des Systems schon anders orientieren, verbleiben viele alte Funktionsträger Lobbyisten der jeweiligen Einkommensinteressen derer, die sie vertreten. Sie sind es gewohnt, dass mehr Krankheiten mehr Leistungen und damit mehr Einkommen ermöglichen. Diese falschen Anreize müssen wir umkehren und stattdessen die aktive Unterstützung der Menschen hin zu mehr Gesundheit belohnen.

### Erste Schritte hin zu einer Wende im Gesundheitswesen

Weniger „im“ sondern mehr „außerhalb“ des Gesundheitssystems scheint die Wende zu beginnen. Die Entwicklung hin zu regional und ökologisch produzierter Ernährung, zur Vermeidung von Plastik, zu neuen Strukturen für Fußgänger und Fahrradfahrer sowie zur Ver-

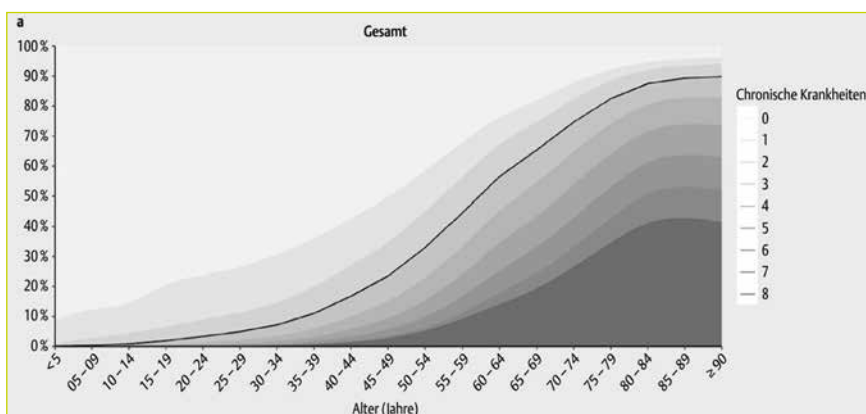


Abb. 1: Relativer Anteil an chronischen Krankheiten (keine, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, oder ≥8) pro Altersgruppe. Die schwarze Linie gibt die Prävalenz der Multimorbidität (≥3 chron. Erkrankungen) pro Altersgruppe an. Schmitz M-T, Just J M, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. (2023) Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten. Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag DOI 10.1055/a-2011-5423



Abb. 2: Cover und Auszug aus dem OECD-Report

meidung von Armut lässt hoffen, dass dadurch auch die Entstehung von Krankheiten positiv beeinflusst wird. Will man die Analogie zur Klimawende weiter formulieren, käme es darauf an, ein „Total Cost Accounting“ oder eine Art Emissionshandel für die gesundheitsschädlichen Auswirkungen in unserem Alltag zu entwickeln.

Doch auch „im“ Versorgungsgeschehen zeigt sich Bewegung. Kirchliche, kommunale und private Krankenhausträger engagieren sich vermehrt – teilweise auch notgedrungen – für regionale Netzwerkstrukturen. Sie zeigen Interesse, selbst ins Risiko zu gehen und mit den gegenwärtigen Mitteln auszukommen, wenn sie im Gegenzug mehr Freiheiten zur Gestaltung bekommen. Im südbadischen Kinzigtal, in Nordhessen und in anderen Regionen wird in Verbindung mit Hochschulen schon länger an neuen Lösungen gearbeitet, um mit personalisierter Prävention, risikoorientiertem Screening und einer kontextbezogenen Stärkung der Gesundheitskompetenz mehr Gesundheit zu schaffen. Der medizinische



Abb. 3: Modellierung gewonnener Lebensjahre auf Basis des OECD-Reports



Abb. 4: Errechnete Einsparungen pro Kopf in den Jahren 2022-2050

etwas neu regeln, ohne dass es sich wirklich verändert, brauchen wir ein ordnungspolitisches Gesamtkonzept für mehr Gesundheit. Auch wenn wir heute noch nicht genau wissen, welche Lösungen sich durchsetzen, Um mehr Gesundheit zu schaffen, sollten wir den Rahmen für ein wettbewerbles Verfahren setzen, das die „Produktion von Gesundheit“ belohnt. Diese Gesundheitswende muss bundes- und landesspolitisch vorge-dacht, aber regional umgesetzt werden. Denn Versorgung findet regional statt. Netzwerke vor Ort können mit den Krankenkassen die Transformation hin zu einer besseren Vorsorge und einem klügeren Management von bestehenden Erkrankungen organisieren und gleichzeitig der Gefahr von Versorgungsengpässen durch nicht ausreichendes Personal begegnen.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) hat Ende Mai einen wegweisenden Bericht zu internationalen Modellen der „Integrierten Versorgung“ veröffentlicht, die das Potenzial für eine länderübergreifende Übertragung haben. Für 13 Lösungen aus Europa, darunter auch eine aus Deutschland, wurden u. a. die Effekte einer Kostenmitverantwortung (mit dem Shared Savings-Ansatz) auf gewonnene und vermiedene Lebensjahre mit Krankheitseinschränkungen für Deutschland (und auch die EU-Länder) modelliert<sup>3</sup>.

Fortschritt unterstützt diesen Trend durch fortlaufende Innovationen. So können heute zum Beispiel genetisch bedingte Krankheitsrisiken frühzeitig erkannt werden. Das Ansprechen auf Medikamente und eine eventuelle Unverträglichkeit können vor der Gabe untersucht werden. Die Risiken von Ernährungs-Unverträglichkeiten und die Folgen eines ungesunden Lebensstils können für jeden Einzelnen dargestellt werden. Statt des Präventionsgenerikums „Gesund essen und mehr bewegen“ sind individuell optimierte Vorschläge für ein gesünderes Leben möglich und die Effekte auf die Gesundheit können gemessen werden.

**Nicht weniger, sondern mehr Marktwirtschaft**

Noch rufen viele nach mehr Steuergeldern oder nach „Entökonomisierung“ und „Rekommunalisierung“ von Versorgung, als ob es reichen würde, mehr Geld in ein fehlgeleitetes System zu stecken oder den Betreiber bei gleichen Fehlanreizen zu wechseln. Statt den über 200 Reformen der letzten beiden Dekaden, die im System

Interessant, dass dabei mit 4,6 % einzusparenden GKV-Kosten genau 14 Milliarden € errechnet werden, d. h. das Zwei- bis Vierfache der Summe, die gerade kürzlich vom GKV-Spitzenverband als voraussichtliche Finanzlücke für 2024 berechnet worden ist<sup>4</sup>.

**Ohne Transformation droht Rationierung**

Wenn es so viel medizinischen Fortschritt gibt und wir Gesundheitsrisiken schon früh erkennen können, warum kommt dieser Fortschritt nicht flächendeckend im System an? Weil die medizinische Infrastruktur darauf nicht

3 OECD-Bericht: Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases: Best Practices in Public Health  
4 Pfeiffer: „Über Leistungskürzungen müssen wir aktuell nicht diskutieren“ (aerztezeitung.de)

ausgerichtet ist. Die medizinische Infrastruktur muss künftig mehr auf Durchlässigkeit und Netzwerkmedizin ausgerichtet sein. Aktuell wird mal wieder viel über eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich diskutiert – mit den gleichen Argumenten wie vor 25 Jahren. Dabei geht es dank des medizinischen Fortschritts und der Digitalisierung um etwas völlig anderes. Brauchte es mehr als 70 Jahre, um die Dialyse von der Uniklinik ans heimische Bett zu bringen, könnten wir heute viel schneller sein. So gibt es für immer mehr Krebspatienten präzise Medikamente, die eine Fahrt zur Chemotherapie oder Bestrahlung ersetzen können und gleichzeitig besser wirken. Viele Verfahren, wie die Fototherapie bei Hautkrankheiten, können zu Hause durchgeführt werden. Das spart nicht nur 30 Arztbesuche pro Therapie, sondern senkt auch den CO<sub>2</sub>-Abdruck.

Der notwendige Umbau sollte ähnlich dem Klimatransformationsfonds über Anleihen finanziert werden. Denn öffentliche Anleihen sind nicht zur Finanzierung von laufenden Ausgaben gedacht, sondern zum Investieren in nachhaltige Vermögenswerte für öffentliche Güter, wie eine zukunftsfähige medizinische Infrastruktur. Der Hinweis auf die Schuldengrenze ist hier fehl am Platz, er gilt für die Schuldenfinanzierung laufender Ausgaben. Stattdessen stünden einem durch Anleihen finanzierten Wandel hin zu einer nachhaltigen medizinischen Infrastruktur entsprechende Vermögenswerte und Einsparungen gegenüber.

Die Transformation hin zu einem nachhaltigen Gesundheitswesen erfordert Mut, aber sie lohnt sich. Mit einer ordnungspolitisch durchdachten Gesundheitswende und einer verlässlichen Transformationsfinanzierung wird sie möglich. Nötig ist sie allein deswegen, weil wir sonst zwangsläufig in eine Rationierung laufen, die sich schon heute an immer mehr Stellen offenbart – ob in Form unbesetzter Arztstellen auf dem Land oder bei den Pflegediensten oder anderen Berufsgruppen. ●



**Dr. rer. medic h.c. Helmut Hildebrandt**

Vorstand OptiMedis AG, Hamburg



**Jürgen Graalmann**

Geschäftsführender Gesellschafter der Die Brückenköpfe GmbH, Berlin



**Prof. Dr. med. Claudia Schmidtke**

Sprecherin Universitäres Herzzentrum, Lübeck